

Fecha _____

Svs. Club _____

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE (APS)
SOLICITUD PARA HACER UNA REMISIÓN AL OCULISTA**

Título I _____

Lions _____

Escuela _____

Enfermera _____

Estudiante _____ FDN _____ # de est. _____
(Apellido) (Nombre)

Grado _____

Padre _____ Madre _____ Tel. (trabajo) _____

Tel. (hogar) _____

Servicio que solicita: Examen/lentes _____ Examen solamente _____ Lentes solamente _____

Resultados "Snellen" Derecho _____ Izquierdo _____

Comentarios _____

YO USARÉ LOS LENTES QUE SE ME HAN RECETADO _____

(Firma del estudiante)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SERVICIO SOCIAL

Participa en el programa Título I SÍ _____ NO _____

(A SER LLENADO POR LA ENFERMERA)

Iniciales de la maestra(o) del Título I _____

Información sobre la familia: Adultos _____ Niños _____ DR. _____

Entrada mensual neta: \$ _____

Pago de renta/hipoteca: \$ _____ OPT. _____

Pagos mensuales: \$ _____ \$ _____ \$ _____

(Gas) (Electr.) (Tel.)

\$ _____

(Otro)

USO DE LA OF.

Plan de salud o seguro SÍ _____ NO _____

DATE _____

Asistencia pública (Welfare) SÍ _____ NO _____

DR. _____

Medicaid SÍ _____ NO _____

AMT. _____

Elegible / Hospital UNM SÍ _____ NO _____

Elegible / Atención Med. Nativ. Amer. SÍ _____ NO _____

Elegible / Imigrantes SÍ _____ NO _____

DATE _____

OPT. _____

Remisión al oculista el año pasado SÍ _____ NO _____

AMT. _____

Proveedor de servicios: LIONS SÍ _____ NO _____

Si no fue LIONS Doctor: _____

FAM. \$ _____ EX

Oculista _____

PAID: \$ _____ GL

La familia está de acuerdo en pagar: \$ _____

Fecha cuando se completó la remisión: _____